

A renvoyer complétée 40 jours avant le début du stage au CREF par mail à contact@cref974.com

STAGIAIRE



Nom : Prénom(s) :

Coordonnées personnelles

Téléphone fixe : / / / / / / / / / /

GSM personnel : / / / / / / / / / /

E-Mail personnel :

FONCTIONS ACTUELLES (cochez la case correspondante)

Effectif :

- Entreprise moins de 11 salariés : ☐
- Entreprise entre 11 et 49 salariés : ☐
- Entreprise entre 50 et 299 salariés : ☐
- Entreprise 300 salariés et plus : ☐

Secteur d'activité : Privé ☐ OU Public ☐

Votre syndicat professionnel :
.....

ADHERENT AVEC MANDAT	ADHERENT SANS MANDAT
CSE Privé (1 ^{er} mandat)	
CSE (Renouvellement)	
CSSCT / SSCT (1 ^{er} mandat)	
CSSCT/ SSCT (Renouvellement)	
Délégué Syndical	
Elu CAP/CTP	
Elu CSE Central	
RSS (Représentant de Section Syndicale)	
Représentant de proximité	
Représentant syndical	
Secrétaire CSE/ Adjoint	
Trésorier CSE/ Adjoint	
CSE (Public)	

EN ATTENTE DU STAGE DE FORMATION

Intitulé :

Attention : La « Demande de CFESSES » doit être déposée à l'employeur au minimum 40 jours avant le début de la formation

Utilisation des heures de délégation : OUI ☐ NON ☐ Autres ☐

Financement : Veuillez contacter le CREF

Souhaite recevoir un devis : OUI ☐ NON ☐

Souhaite recevoir le livret stagiaire :

Version papier lors de la session ☐ Version numérique par mail ☐

☐ J'accepte de recevoir par mail toutes informations relatives aux formations CREF

☐ J'autorise le CREF à utiliser mes données personnelles à des fins syndicales

Signature

Vous serez contacté minimum 30 jours avant la date de début de la session.